

Pour la MPR, il importe d'identifier les sujets représentant un enjeu médical et économique, de formaliser des programmes de prise en charge efficaces et de définir des indicateurs permettant d'évaluer cette efficacité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.098>

CO44-006-f

## Démographie médicale en MPR

P.-A. Joseph

*Cofemur collège français des enseignants universitaires de MPR, service MPR, hôpital Tastet-Girard, CHU Pellegrin, CHU et université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France*  
Adresse e-mail : [pierre-alain.joseph@chu-bordeaux.fr](mailto:pierre-alain.joseph@chu-bordeaux.fr).

**Mots clés :** MPR ; Démographie ; Internat ; Post-internat

Nous sommes 1835 spécialistes MPR au début 2011 d'après les données de l'Atlas de la démographie médicale : situation au 1er janvier 2011 (Conseil national de l'ordre des médecins). Ainsi nous représentons un peu moins de 1 % du total des 49 spécialités médicales et chirurgicales, dont 34 disciplines médicales.

L'exercice salarié est le plus fréquent et en augmentation (salariés 1325 dont 64,8 % hospitaliers, mixte 167, libéraux 340). La pyramide des âges est encore déséquilibrée avec un nombre important de spécialistes MPR âgés de 55 ans ou plus. Cette « génération en partance » a fait craindre l'effondrement du nombre de spécialistes MPR. Heureusement après un étage à moins de 30 nouveaux spécialistes MPR par an en 2006–2009, les chiffres de nouveaux spécialistes en 2010 sont de 41 (avec l'apport notamment des médecins qualifiés via le DIU de médecine de rééducation et une pratique). Les projections sont de près d'une centaine de nouveaux MPR chaque année à partir de 2014 avec l'impact de la filiarisation de l'internat depuis 2010. Cette « nouvelle vague » doit pouvoir accéder plus facilement aux divers modes d'exercices de MPR. Des nouveaux terrains de stages ont été agréés pour le DES et les remplacements doivent être développés, car aujourd'hui très peu d'opportunités de remplacement sont proposées. Nous allons également être confrontés à un accès au post internat plus difficile car le nombre de postes de médecin assistants a stagné malgré l'augmentation considérable de celui des internes. Après les actions pour la démographie, cet accès à un parcours plus formateur et plus valorisant est un nouvel enjeu pour nos instances de spécialité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.099>

CO44-007-f

## En attendant la tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation : quels groupes de patients pour financer la réadaptation ?

J.-P. Devailly<sup>a,\*</sup>, L. Josse<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, hôpitaux universitaires Paris Nord-Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18 Paris, France*

<sup>b</sup>*Hôpital Rothschild, 5, rue Santerre, 75571 Paris cedex 12, France*

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jpdevailly@gmail.com](mailto:jpdevailly@gmail.com).

**Mots clés :** Réadaptation ; Soins de suite et de réadaptation ; Tarification à l'activité ; Classification case-mix ; Différentiation, intégration

Le modèle définitif de tarification à l'activité (T2A) en soins de suite et de réadaptation (SSR) n'est toujours pas connu. Si la T2A en court séjour s'inspire des Diagnosis Related Groups (DRG) de Fetter, le PMSI-SSR est une invention française fondée sur le modèle des Resource Utilization Groups (RUG). Ceux-ci, issus des longs séjours américains, sont aussi à l'origine des Groupes Iso-Ressources (GIR) utilisés dans le secteur médicosocial. Alors qu'aux USA et dans de nombreux pays un secteur post-aigu de réadaptation est identifié et bénéficie d'un financement spécifique et distinct de celui du secteur des soins subaigus justifiant un hébergement temporaire [1], la France a choisi une classification commune.

La disparition de la segmentation entre réadaptation fonctionnelle et soins de suite, voulue par les décrets de 2008, entraîne une profonde réingénierie des SSR. La pertinence du choix de la journée pondérée comme fondement du PMSI en SSR face à l'impact d'une telle classification lors du passage à la T2A en SSR est confrontée à la littérature internationale [2]. Les risques de pertes de chances sont envisagés dans le contexte de la concurrence encadrée instaurée à toutes les étapes de la chaîne de soins [3]. Une réadaptation accessible ne sera préservée que par une classification des groupes de patients identifiant la complexité médicale des programmes requis et la consommation de ressources attendue. Le coût relatif du traitement doit être comparé à une moyenne dans une échelle des coûts garantissant la faisabilité de programmes de réadaptation conformes aux données de la science. L'articulation médicoéconomique doit être au service de parcours de soins conciliant accessibilité, spécialisation, graduation territoriale et continuité des soins.

### Références

- [1] Rehabilitation facilities (Inpatient) payment basics payment system. Payment basics. [www.medpac.gov](http://www.medpac.gov); Octobre 2008. [http://www.medpac.gov/documents/MedPAC\\_Payment\\_Basics\\_08\\_IRF.pdf](http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_08_IRF.pdf).
- [2] Kiekens C, et al. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2007. [http://www.kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9478](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9478).
- [3] Devailly JP, Josse L. Accès aux soins de réadaptation et handicap. *Gestions Hosp* 2010;492:11–6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.100>

### English version

CO44-001-e

## The paradoxes of performance management in PMR

J.-P. Devailly<sup>a,\*</sup>, L. Josse<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18 Paris, France*

<sup>b</sup>*Hôpital Rothschild, 5, rue Santerre, 75571 Paris cedex 12, France*

\*Corresponding author.

E-mail address: [jpdevailly@gmail.com](mailto:jpdevailly@gmail.com).

**Keywords:** Performance; Physical Medicine and Rehabilitation; Healthcare system

Performance of healthcare organizations can be defined as the mobilization of resources to improve population health while controlling costs. Promoted by the New Public Management, performance confronts the rehabilitation physicians in a number of paradoxes [1]. The first is the paradox of accountability that pits the individual interest of the patient and health policies, concerned about the health of populations and rationalize resource allocation. The second is the paradox of specialization. More units and skills are differentiated and they must be associated with powerful integration mechanisms centered on the purpose of care. The couple differentiation/integration opposes the final outcome evaluation of the “value chain” to the fragmentation of performance contracts. Performance cannot be limited to statistical outputs, measurement of outputs exclusively related to financial risk. The third paradox is that of the clinic. The long-term outcome leads to manage the singularity but a large scale. At the microeconomic level, finally, the paradox of autonomy places the sole practitioner in tension with the assembly of skills within a network. The performance management confronts four logical regulations often contradictory, professional, technocratic, democratic and market. It involves the joint at various levels of governance constraints of the operators, expectations of the beneficiaries, and requirements of payers. A shared model of clinical outcomes is essential to the definition of performance in rehabilitation medicine. The ICF can provide this common vision, a bridge between care and social. By providing a framework for analyzing the needs of care and outcomes, between the vision of the doctor and the manager, it allows the construction of a classification system for patients, only able to make sense of a chain of satisfaction among stakeholders [2].